

**TAI LIỆU VÊ VẮC-XIN NGỪA COVID-19 / MÃU CHẤP THUẬN**

MÃU CHẤP THUẬN TIÊM VẮC-XIN: Tôi đã được cung cấp một bản sao và đã đọc, hay đã được giải thích các thông tin trong TỜ THÔNG TIN CHO PHÉP SỬ DỤNG KHẨN CẤP (EUA) DÀNH CHO NGƯỜI NHẬN VÀ NGƯỜI CHĂM SÓC liên quan đến loại vắc-xin được đánh dấu bên dưới. Tôi yêu cầu tiêm (các) loại vắc-xin đã đánh dấu dưới đây cho tôi hoặc cho người có tên dưới đây mà tôi được ủy quyền đưa ra yêu cầu này và cho phép tiết lộ hồ sơ tiêm ngừa cho bệnh nhân dưới đây cho bất kỳ trường học, sở y tế hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào khác. Sự cho phép này vẫn có hiệu lực cho đến khi bị thu hồi bằng văn bản vào bất kỳ lúc nào như được quy định trong Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư của Quận Sedgwick.

**XÁC NHẬN "THÔNG BÁO" VỀ THỰC HÀNH QUYỀN RIÊNG TƯ:** Tôi xác nhận rằng tôi đã nhận được bản sao Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư của Quận Sedgwick với ngày có hiệu lực là ngày 12 tháng 2 năm 2020

Số Y tế Quận Sedgwick sẽ tiến hành tiêm vắc-xin ngừa COVID-19 bắt kể người nhận vắc-xin có khả năng thanh toán phí tiêm vắc-xin ngừa COVID-19 hay tình trạng đại thọ của chương trình y tế. Bằng cách ký tên dưới đây, quý vị đồng ý với tất cả thông tin được cung cấp trong bốn phần đầu tiên của biểu mẫu này.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vắc-xin ngừa COVID-19 của Pfizer BioNTech COVID-19 | <input type="checkbox"/> Vắc-xin tăng cường ngừa COVID-19 của Pfizer BioNTech |
| <input type="checkbox"/> Vắc-xin ngừa COVID-19 của Moderna                  | <input type="checkbox"/> Vắc-xin tăng cường ngừa COVID-19 của Moderna         |
| <input type="checkbox"/> Vắc-xin ngừa COVID-19 của Janssen (J&J)            | <input type="checkbox"/> Vắc-xin tăng cường ngừa COVID-19 của Janssen (J&J)   |

Chữ ký của Khách hàng/Đại diện của Khách hàng

Ngày

Đánh dấu vào ô này nếu khách hàng dưới 18 tuổi và cha mẹ/người giám hộ chấp thuận bằng lời nói. (Không cần chữ ký đối với sự chấp thuận bằng lời nói).

Mối quan hệ với Khách hàng:  Chính là khách hàng  Cha mẹ  Người giám hộ  Vợ/chồng

**Thông tin khách hàng**

Họ: \_\_\_\_\_ Tên: \_\_\_\_\_ Tên đệm: \_\_\_\_\_

Tình trạng hôn nhân: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_ Giới tính:  Nữ  Nam

Vui lòng chọn tất cả những gì áp dụng: **Dân tộc:**  B\*  亞洲/Asian  阿非利加/African American  夏威夷/Hawaiian  阿拉斯加/Alaska  太平洋/Other Pacific Islander  其他/Other

**Chủng tộc:**  Người Mỹ da trắng  Da đen / Người Mỹ gốc Phi  Người châu Á  Người Mỹ da đỏ hoặc thổ dân Alaska  thổ dân Hawaiian hoặc người dân đảo Thái Bình Dương khác  Thích tự nhận dạng \_\_\_\_\_

**Quý vị có bị khuyết tật kh Coảng?**  Có  Không **Ngôn ngữ:**  Tiếng Anh  Tiếng Việt  Tiếng Trung Quốc  Tiếng khác  Khác \_\_\_\_\_

Đồng ý liên lạc:  Gọi điện  Nhân tin  Email  Gửi thư

Địa chỉ: \_\_\_\_\_ Thành phố: \_\_\_\_\_

Quận: \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_\_\_\_ Mã Zip: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_

**Thông tin Gia đình/Người giám hộ (Bắt buộc nếu khách hàng dưới 18 tuổi)**

Họ: \_\_\_\_\_ Tên: \_\_\_\_\_ Tên đệm: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_ Thành phố: \_\_\_\_\_

Quận: \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_\_\_\_ Mã Zip: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_

**Phần sau dành cho nhân viên**

VẮC-XIN	MVX	CVX	SỐ LỖ	HẠN SỬ DỤNG	LIỀU
<input type="checkbox"/> COVVM – Moderna, Vắc-xin ngừa COVID-19, 100mcg/0,5mL - <input type="checkbox"/> COVVM – Moderna, Vắc-xin tăng cường ngừa COVID-19, 50mcg/0,25mL -	MOD	207			<input type="checkbox"/> Liều 1 <input type="checkbox"/> Liều 2 <input type="checkbox"/> Liều 3 <input type="checkbox"/> tăng cường
<input type="checkbox"/> Pfizer – Vắc-xin ngừa COVID-19, 30 mcg/0,3mL -	PFR	208			<input type="checkbox"/> Liều 1 <input type="checkbox"/> Liều 2 <input type="checkbox"/> Liều 3 <input type="checkbox"/> tăng cường
<input type="checkbox"/> JANSSEN – J&J, Vắc-xin ngừa COVID-19, 0,5mL - 5*10 <sup>10</sup> hạt vi-rút -	JSN	212			<input type="checkbox"/> Liều 1 <input type="checkbox"/> tăng cường
<input type="checkbox"/> Pfizer – Pediatric, Vắc-xin ngừa COVID-19, 10mcg/0,2mL -	PFR	208			<input type="checkbox"/> Liều 1 <input type="checkbox"/> Liều 2 <input type="checkbox"/> Liều 3 <input type="checkbox"/> tăng cường

NGÀY	THỜI GIẠN	HẠN SỬ DỤNG	CƠ SỞ	TUYẾN	THỜI GIẠN THEO ĐÓI
		<input type="checkbox"/> Phải <input type="checkbox"/> Trái	<input type="checkbox"/> Deltoid ( <i>Lưu ý</i> ) <input type="checkbox"/> Vastus Lateralis	Intramuscular (I/M)	<input type="checkbox"/> 15 PHÚT <input type="checkbox"/> 30 PHÚT

Tên in &amp; Chức danh của Người quản lý vắc xin

Tên ban đầu của chuyên gia đăng ký \_\_\_\_\_

Tên ban đầu của mục nhập dữ liệu \_\_\_\_\_

# Danh sách kiểm tra trước khi tiêm ngừa cho việc tiêm ngừa COVID-19



## Đối với người nhận vắc-xin:

Những câu hỏi sau đây sẽ giúp chúng tôi xác định xem có bất kỳ lý do gì mà quý vị không nên tiêm ngừa COVID-19 ngay hôm nay không. **Nếu quý vị trả lời “có” cho bất kỳ câu hỏi nào, điều đó không nhất thiết có nghĩa là quý vị không nên tiêm ngừa.** Điều đó chỉ có nghĩa là các câu hỏi bổ sung có thể được hỏi. Nếu câu hỏi không rõ ràng, vui lòng hỏi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để được giải thích.

Tên \_\_\_\_\_

Tuổi \_\_\_\_\_

Có Không Không biết

1. Hôm nay quý vị có bị ốm không?

2. Quý vị đã nhận được một liều tiêm ngừa COVID-19 nào chưa? Nếu có, quý vị đã được tiêm (các) loại vắc-xin nào?

### Liều 1

Ngày: \_\_\_\_\_

Nhà sản xuất: \_\_\_\_\_

Số lô: \_\_\_\_\_

Phòng tiêm: \_\_\_\_\_

### Liều 2

Ngày: \_\_\_\_\_

Nhà sản xuất: \_\_\_\_\_

Số lô: \_\_\_\_\_

Phòng tiêm: \_\_\_\_\_

### Liều 3

Ngày: \_\_\_\_\_

Nhà sản xuất: \_\_\_\_\_

Số lô: \_\_\_\_\_

Phòng tiêm: \_\_\_\_\_

3. Quý vị có tình trạng sức khỏe hay quý vị đang điều trị khiến quý vị bị suy giảm miễn dịch vừa phải hoặc nghiêm trọng? (Điều này sẽ bao gồm điều trị ung thư hoặc HIV, nhận cấy ghép nội tạng, liệu pháp ức chế miễn dịch hoặc corticosteroid liều cao, liệu pháp tế bào CAR-T, cấy ghép tế bào tạo máu [HCT], hội chứng DiGeorge hoặc hội chứng Wiskott-Aldrich)

4. Quý vị có nhận được liệu pháp cấy ghép tế bào tạo máu (HCT) hoặc tế bào CAR-T kể từ khi nhận vắc-xin COVID-19 không?

5. Quý vị đã bao giờ bị phản ứng dị ứng với:

(Điều này sẽ bao gồm một phản ứng dị ứng nghiêm trọng [ví dụ: sốc phản vệ] yêu cầu điều trị bằng epinephrine hoặc EpiPen® hoặc khiến quý vị phải đến bệnh viện. Điều này cũng sẽ bao gồm một phản ứng dị ứng gây phát ban, sưng tấy hoặc suy hô hấp, bao gồm cả thở khó khè).

- Một thành phần của vắc-xin COVID-19, bao gồm một trong những thành phần sau:
  - Polyethylene glycol (PEG), được tìm thấy trong một số loại thuốc, chẳng hạn như thuốc nhuận tràng và các chế phẩm cho quy trình nội soi đại tràng
  - Polysorbate, được tìm thấy trong một số vắc-xin, viên nén bao phim và steroid tiêm tĩnh mạch

- Một liều vắc-xin COVID-19 trước đó

6. Quý vị có bao giờ bị phản ứng dị ứng với một loại vắc-xin khác (ngoài vắc-xin COVID-19) hoặc một loại thuốc tiêm không?

(Điều này sẽ bao gồm một phản ứng dị ứng nghiêm trọng [ví dụ: sốc phản vệ] yêu cầu điều trị bằng epinephrine hoặc EpiPen® hoặc khiến quý vị phải đến bệnh viện. Điều này cũng sẽ bao gồm một phản ứng dị ứng gây phát ban, sưng tấy hoặc suy hô hấp, bao gồm cả thở khó khè).

7. Chọn tất cả những gì phù hợp với quý vị:

Là nữ từ 18 đến 49 tuổi

Là nam từ 12 đến 29 tuổi

Có tiền sử viêm cơ tim hoặc viêm màng ngoài tim

Đã được điều trị bằng kháng thể đơn dòng hoặc huyết thanh dưỡng bệnh để ngăn ngừa hoặc điều trị COVID-19

Được chẩn đoán với Hội chứng Viêm Đa hệ thống (MIS-C hoặc MIS-A) sau khi nhiễm COVID-19

Bị rối loạn chảy máu

Làm loãng máu

Có tiền sử giảm tiểu cầu do heparin (HIT)

Hiện đang mang thai hoặc đang cho con bú

Đã tiêm chất làm đầy da

Có tiền sử Hội chứng Guillain-Barré (GBS)

Biểu mẫu được \_\_\_\_\_

Ngày \_\_\_\_\_

Được điều chỉnh với sự đánh giá cao từ danh sách khám sàng lọc của Liên minh Hành